

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 33

Travail de la Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Université de Lyon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LYMPHOGRANULOMATOSE
INGUINALE SUBAIGÜE

A FOYERS PURULENTS INTRA-GANGLIONNAIRES

D'ORIGINE GÉNITALE PROBABLE, PEUT-ÊTRE VÉNÉRIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Novembre 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Louis CLAUDE

Né à La Pacaudière (Loire), le 3 janvier 1888



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LYMPHOGRANULOMATOSE
INGUINALE SUBAIGÜE
A FOYERS PURULENTS INTRA-GANGLIONNAIRES
D'ORIGINE GÉNITALE PROBABLE, PEUT-ÊTRE VÉNÉRIENNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 33

Travail de la Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Université de Lyon

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LYMPHOGRANULOMATOSE
INGUINALE SUBAIGÜE

A FOYERS PURULENTS INTRA-GANGLIONNAIRES
D'ORIGINE GÉNÉTALE PROBABLE, PEUT-ÊTRE VÉNÉRIENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Louis CLAUDE

Né à La Pacaudière (Loire), le 3 janvier 1888



A. MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		X.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARJET.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X.,,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. NICOLAS, Président ; M. PAVIOT, Assesseur ;
MM. ARLOING et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde
reconnaissance.

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

Monsieur le Professeur J. NICOLAS

Médecin des Hôpitaux

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté.

Nos remerciements iront tout particulièrement à M. le professeur Nicolas, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, et qui, durant le temps que nous passâmes dans son service, fut pour nous un maître si bienveillant.

M. le docteur Moutot nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fourni deux observations personnelles; nous tenons à le remercier ici de ses conseils et de la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

M. le docteur Favre, médecin des hôpitaux, nous a accueilli avec bienveillance et a bien voulu nous donner l'observation d'un de ses malades, observation qui a d'autant plus de valeur qu'elle émane d'un de ceux qui ont le plus apporté à la question de la lymphogranulomatose inguinale.

M. le docteur Gâté a été un de nos maîtres de conférences d'externat; nous le remercions de l'intérêt qu'il nous a témoigné et nous nous excusons d'avoir puisé largement dans sa thèse si documentée.

Que nos remerciements aillent encore à nos maîtres, les docteurs Poncet, Rollet, Bérard, Pic, Péhu, dans le service desquels nous avons passé de longues heures et à qui nous devons tant.

Durant tout le cours de nos études, enfin, nous avons rencontré des amis dont le souvenir restera toujours vivant dans notre cœur et dont nous avons peine à nous séparer. Qu'ils soient assurés de notre plus grande sympathie.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires constitue une variété d'adénite très particulière.

Si on la rencontre rarement dans les services de chirurgie, c'est fréquemment qu'on la constate dans les services de vénéréologie, si bien que, dans le milieu médical lyonnais, on appelait volontiers ces adénopathies, les « adénites de l'Antiquaille ».

Si la littérature étrangère ne semble pas donner de détails sur cette affection, la littérature française renferme certains travaux qu'il faut citer.

Nélaton, en 1890, L'Hardy, en 1895, Lejars, en 1897, beaucoup plus récemment, Imbert, de Marseille, et son élève Dugas, ont étudié la symptomatologie et l'anatomie macroscopique des adénites subaiguës.

G. Marion et Ch. Gandy, en 1901, nous ont donné des descriptions histologiques très approfondies, tout en classant, d'ailleurs, ces adénites dans la catégorie des adénopathies tuberculeuses.

Brault, d'Alger, depuis 1874, son élève Chavanne, dans sa thèse, en 1902, nous ont fourni, de même que MM. Marion et Gandy, des travaux anatomo-pathologiques et bactériologiques d'un grand intérêt,

En 1908, Pigeon et Tanton ont décrit les mêmes symptômes que ceux signalés précédemment et, tout en voyant les mêmes lésions que Brault, ont isolé dans le pus des microbes très différents.

Ce n'est que tout récemment que la question, sans avoir été résolue complètement, semble avoir fait un grand pas grâce aux travaux d'auteurs lyonnais : MM. Nicolas, Favre et Durand. Dans diverses publications, depuis le mois de janvier 1913, ils nous ont donné une revue d'ensemble des détails histologiques très intéressants et ils ont étudié expérimentalement ces adénites.

L'excellente thèse de leur élève Gâté a résumé la question de la façon la plus claire, si bien que la lymphogranulomatose, telle que ces auteurs lyonnais l'ont décrite, semble constituer un type bien défini à l'heure actuelle.

La description clinique de ces adénites, l'étude macroscopique et microscopique des ganglions ont été bien étudiées.

L'étiologie de l'affection est moins bien précisée.

Pour notre part, dans ce travail, nous nous contentons d'apporter trois observations qui, bien qu'incomplètes, ne sont pas sans intérêt.

Elles nous montrent, en effet, que, dans les trois cas que nous signalons :

1° Il existe une lésion locale bien nette.

2° C'est à l'occasion de rapports avec des femmes inconnues que l'affection s'est développée; la contagion semble probable, sans qu'on puisse pourtant l'affirmer.

3° Dans deux cas, la radiothérapie semble avoir donné des résultats assez intéressants.

Ces observations contribuent donc à souligner l'ori-

gine génitale probable de l'affection et sa nature peut-être vénérienne, justifiant ainsi les idées émises par MM. Nicolas, Favre et Durand.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons reprendre rapidement les notions qui nous ont été données par les travaux de MM. Nicolas, Favre et Durand, ainsi que de leur élève, le docteur Gâté.

Nous exposerons ensuite nos observations et nous montrerons les points qui nous ont paru particulièrement intéressants.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de la lymphogranulomatose inguinale est insidieux et lent.

Les ganglions de l'aîne, ceux du groupe supéro-interne en particulier, se tuméfient peu à peu, sans qu'il existe de douleur bien marquée. Le plus souvent, le malade n'accuse pas de phénomènes généraux ou thermiques.

Cette adénite, tout d'abord indolente, devient douloureuse; elle s'accroît et l'on constate bientôt son adhérence avec les plans profonds et avec la peau.

Il se constitue ainsi une tumeur plus ou moins bosselée, immobile, au-dessous des téguments d'un rouge violacé. On peut observer alors plusieurs points plus ou moins nettement ramollis et fluctuants.

On constate presque toujours de l'adénite iliaque, mais celle-ci n'aboutit pas au ramollissement. La portion ramollie de la tumeur finit par s'ouvrir en une fistule qui laisse écouler un pus de caractère spécial.

Lorsque l'on explore la cavité abcédée, on peut observer soit la poche d'un abcès intra-ganglionnaire, soit la poche d'un gâteau de péri-adénite suppurée.

Il semble que la péri-adénite soit de règle; elle est plastique et souvent aboutit à la suppuration.

A la suite de l'ouverture soit chirurgicale, soit spon-

tanée, on peut observer des points ramollis, indépendants, qui s'ouvrent à leur tour avec fistulisation des orifices.

Plus la forme est avancée, plus les ulcérations des téguments sont vastes. La guérison spontanée est encore possible à la période de crudité; aux périodes suivantes, elle devient interminable.

Le pronostic n'est pas grave au point de vue général; il est sérieux, toutefois, si la maladie n'est pas soignée.

ÉTIOLOGIE

La lymphogranulomatose est assez fréquente; les observations qu'on en a se rapportent surtout à des hommes de l'âge adulte. La porte d'entrée, qui passe souvent inaperçue, est génitale, comme le montrent d'ailleurs les trois observations qui vont suivre, constituée le plus souvent par une ulcération herpétiforme.

La contagion par les rapports sexuels semble possible, comme paraît le montrer une observation de MM. Nicolas, Favre et Durand, ainsi que nos trois observations.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

L'examen direct après coloration élective du pus et des coupes, cultures du pus ganglionnaire, inoculation du pus et du parenchyme à différents animaux (lapin, cobaye, singe, chien), n'a donné aucun résultat. On n'a trouvé ni bacille de Koch, ni microbes pyogènes, ni parasites animaux ou végétaux.

PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'affection, ses caractères cliniques, les examens histologiques et l'étude expérimentale permettent de différencier la lymphogranulomatose inguinale subaiguë de la tuberculose des ganglions inguinaux.

Les microbes pyogènes n'étant pas décelés dans les examens, ne peuvent expliquer l'affection.

La lymphogranulomatose débute à peu près constamment par un accident local; l'adénite qui survient ensuite a un siège et une évolution bien caractéristiques; les lésions histologiques sont bien spéciales; les recherches expérimentales sont négatives. Tous ces caractères particuliers font de la lymphogranulomatose inguinale une maladie spécifique, à peu près sûrement d'origine génitale, due probablement à la contagion, peut-être infectieuse et vénérienne.

Quant à l'agent pathogène, malgré toutes les recherches faites jusqu'à ce jour par MM. Nicolas, Favre et Durand et par M. Gâté, il n'a pu être mis en évidence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ganglions peuvent présenter, *au point de vue macroscopique*, soit la simple tuméfaction avec congestion du parenchyme, soit la teinte lie de vin avec semis granuleux répondant aux points d'infiltration, soit les abcès multiples.

Le pus présente les caractères suivants : il est épais,

homogène, visqueux, inodore, de couleur verdâtre ou blanc jaunâtre.

Il existe dans ce pus des éléments cellulaires très variables; parmi ceux-ci, les grands mononucléaires à protoplasma acidophile, jouant le rôle de macrophages, dominant nettement.

Au point de vue microscopique, on observe de la péri-adénite, des lésions des tuniques internes artérielles et veineuses. Comme formations spéciales, il faut signaler des abcès stellaires limités par une ou plusieurs couches de cellules épithélioïdes, des gommes que circonscrivent ces mêmes cellules, des amas épithélioïdes isolés, enfin des cellules géantes.

Le parenchyme ganglionnaire qui sépare ces formations les unes des autres présente des modifications architecturales, réalisant un polymorphisme remarquable, où se retrouvent beaucoup de cellules éosinophiles et ces grands éléments mononucléaires à protoplasma acidophile que les auteurs étrangers appellent « cellules de Sternberg ». A cause de ces différents caractères bien spéciaux à la maladie étudiée, MM. Nicolas, Durand et Favre, ont proposé de donner à ces adénites le nom de *lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires*.

DIAGNOSTIC

Au début, le diagnostic peut être hésitant; il se pose alors avec toutes les tumeurs du triangle de Scarpa et avec les différentes variétés d'adénites.

A la période d'état, il se simplifie et ce n'est guère alors qu'avec la tuberculose qu'on puisse hésiter. A ce moment, l'étiologie, l'accident local qui a précédé l'adénite, la topographie de celle-ci, l'allure clinique, la nature du terrain tranchent la question.

TRAITEMENT

Le traitement médical peut être tenté tout au début. Mais à la période de ramollissement et de fistulisation, c'est l'exérèse systématique des ganglions qu'il faut employer.

Peut-être la *radiothérapie*, en ayant une action assez heureuse sur l'évolution de la maladie, comme nous l'avons observé dans deux de nos observations, est-elle capable de diminuer le nombre des indications opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite). — Due à l'obligeance de M. le Docteur H. MORROT,
chef de clinique à la Faculté (Antiquaille).

*Adénite inguinale bilatérale subaiguë. Type lympho-
granulomateuse inguinale subaiguë de MM. Nicolas, Favre
et Durand.*

X..., 33 ans, vient consulter le 1^{er} août 1913 pour des adénites ayant débuté vers le 21 juillet 1913.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier; pas d'antécédents de tuberculose.

Antécédents personnels. — Pas de lésions ou d'affections pouvant laisser supposer une tuberculose antérieure. Le malade nie toute syphilis; l'interrogatoire ne révèle rien à ce sujet. Blennorrhagie il y a dix ou douze ans, qui a guéri sans laisser de séquelles.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le malade, marié, la fait remonter à un *coût extra-conjugal*. D'ordinaire sérieux et fidèle à sa femme, il a eu des rapports avec une prostituée le 29 juin 1913. Vers le 14 juillet 1913, son attention fut attirée par la présence de *petites lésions du côté du sillon balano-préputial*. Ces lésions étaient petites, arrondies, superficielles, indolentes. La description qu'en donne le malade et leur similitude avec les lésions actuelles permet de les qualifier d'*herpétiformes*. A noter que le malade n'avait jamais eu, antérieurement, de poussée d'herpès.

Vers le 21 juillet, quelques jours seulement après cette constatation, le malade commença à s'apercevoir de la présence d'une *adénite inguinale* droite qui augmenta rapidement de volume. Quelques jours après apparut une adénite à gauche.

ÉTAT ACTUEL. — 1^{er} août. — Deux groupes de lésions sont à considérer : d'une part les lésions du sillon, d'autre part, les adénopathies.

Les lésions du sillon balano-préputial siègent à la partie dorsale; elles sont *multiples*, au nombre de six. Trois sont situées au niveau du sillon proprement dit, les trois autres sur la muqueuse préputiale proprement dite. Elles sont arrondies, présentant la surface d'une petite à une moyenne lentille, très superficielles, érosives, mais à fond suppurant; elles ne reposent sur aucune base indurée; le bord est très légèrement décollé, mais il ne s'agit pas là d'un décollement semblable à celui que l'on retrouve dans le chancre mou; on a affaire à un simple soulèvement d'une légère colerette épidermique.

Déteggées, les lésions, lorsqu'on les exprime, pleurent abondamment. Ces lésions sont bien isolées; il n'y a pas d'éléments à contours micropolycycliques.

Des *examens microscopiques* pour la recherche du bacille de Ducrey et du tréponème restent *négatifs* (coloration au bleu de Unna; coloration à l'encre de Chine, méthode de Burri-Hetch).

Au niveau du prépuce, à environ 1 centimètre en arrière du sillon, dans le fourreau, existe une induration cartilagineuse tronculaire. Elle est légèrement douloureuse à la pression; elle présente un certain degré de rougeur et donne l'impression d'un cordon de lymphangite plus inflammatoire que ceux trouvés dans la syphilis.

L'*adénopathie* est déjà bilatérale, mais elle est infiniment plus accusée à droite.

À *droite*, il existe une masse ganglionnaire occupant tout le pli inguinal et descendant du côté du triangle de Scarpa;

cependant, les ganglions cruraux sont indemnes. Il y a là une masse du volume d'un œuf de poule, mais irrégulière, bosselée. Par la palpation, il est impossible d'isoler les différents ganglions qui la constituent; le tout semble réuni dans un même groupe de périadénite. La peau est normale comme coloration; il y a cependant déjà un peu de rougeur en certains points; il n'y a encore ni amincissement, ni phénomène de peau d'orange nulle part.

La consistance est différente suivant les points, mais en aucun endroit on ne trouve encore de points fluctuants ou nettement ramollis.

Le tout est empâté, n'ayant point la dureté des ganglions syphilitiques; certains points sont déjà plus mous.

Une palpation plus soigneuse, plus profonde, permet de sentir au-dessus de l'arcade crurale, une masse irrégulière, encore relativement peu grosse, mais hette, répondant au groupe des *ganglions iliaques*.

A gauche, la masse ganglionnaire est seulement du volume d'un œuf de pigeon; elle est empâtée, sans point ramolli, mais elle n'est pas parfaitement limitée. On ne sent rien dans la fosse iliaque gauche.

Il n'existe aucune lésion des membres inférieurs.

Les adénites sont peu douloureuses. Cependant, dans la marche, le malade souffre à droite.

L'état général du malade est touché. Le malade se plaint d'asthénie, de perte d'appétit; il est pâle; pas de température : 37°2.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Les lésions génitales ne répondant à aucun type clinique d'ulcération spécifique, les recherches microscopiques restant négatives, l'allure subaiguë de l'évolution des adénopathies, les rappels de cas semblables, font penser, dès ce moment même, à la lymphogranulomatose telle qu'elle a été isolée par MM. Nicolas, Favre et Durand.

TRAITEMENT. — Bains d'eau blanche pour la verge.

Repos au lit.

Pommade iodo-iodurée sur les ganglions.

20 août 1913. — Sous l'influence du traitement précédent, les lésions herpétiformes se sont amendées très rapidement, ne suppurant plus du tout. Au bout de cinq à six jours, tout fut terminé. Après deux à trois jours, la lymphose avait disparu. Bien que le malade soit resté au repos, les adénopathies ne sont pas améliorées. Tout en restant indolores au repos, elles sont devenues douloureuses à l'occasion de la marche et des mouvements; elles ont augmenté de volume. Des points se sont nettement ramollis.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital Saint-Pothin.

21 août. — *A droite* : l'adénopathie présente deux foyers de ramollissement; la peau, à leur niveau, est rouge et tend à l'amincissement. A la palpation, le doigt s'enfonce comme dans une cavité limitée par une paroi dure avec un véritable bourrelet périphérique. La masse iliaque forme un gros gâteau.

On ponctionne à l'aide d'une grosse aiguille stérilisée; il ne sort que très peu de pus mal lié : il y a plutôt un tissu ramolli qu'une collection de pus véritable; il s'agit d'un petit abcès intra-ganglionnaire; l'aspect est le même pour les deux points ramollis qui, quoique voisins, ne communiquent pas entre eux.

On fait l'inoculation au cobaye, sous la peau de la cuisse, du pus retiré.

L'examen direct du pus, après coloration, ne montre aucun agent particulier.

On décide de soumettre le malade à la radiothérapie (D^r Jaubert de Beaujeu).

A gauche, il ne paraît pas y avoir de pus collecté; aussi n'est-il pas fait de ponction.

Le diagnostic ferme de lymphogranulomatose subaiguë inguinale est porté.

28 août. — Le malade est montré au docteur Favre, qui confirme de tous points le diagnostic précédent.

Il est fait une ponction aspiratrice du ganglion à gauche.

Un nouveau petit foyer se dessine à droite.

29 septembre. — Les lésions n'ont pas continué à progresser. Sous l'influence des ponctions et de la radiothérapie, il y a une amélioration très nette. A droite, on note une très grande diminution de la masse ganglionnaire.

14 octobre. — *Le cobaye* n'a aucun ganglion inguinal ou lombaire. Il est bien portant. Après l'avoir sacrifié, on ne trouve aucune lésion viscérale ou ganglionnaire de tuberculose.

Le malade est revu ; il a eu trois séances de radiothérapie.

On ne trouve plus, chez lui, aucune lésion de la verge. Il n'existe plus de trace de l'adénopathie à gauche ; à droite, l'adénopathie a fondu complètement ; deux ganglions persistent encore, mais bien petits et bien isolés.

Il existe une fistulette au point ponctionné.

Le malade a été régulièrement suivi depuis le mois d'août au point de vue de la *possibilité d'une syphilis*. Jamais on n'a constaté aucun accident cutané ou muqueux, ni de céphalée, etc.

OBSERVATION II

(Inédite). — Due à l'obligeance de M. le Docteur H. MOUTOT, chef de clinique à la Faculté (Antiquaille).

Adénite inguinale subaiguë à foyers multiples. Type lymphogranulomateuse inguinale subaiguë de MM. Nicolas, Favre et Durand.

X... Julien, 42 ans, voyageur de commerce, vient consulter, dit-il, pour un chancre avec poulain.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Parents encore vivants. Pas de frères ou sœurs morts de tuberculose.

Antécédents personnels. — Rien de particulier. Le malade nie toute syphilis antérieure. Il eut deux blennorrhagies, l'une à l'âge de 18 ans, l'autre à l'âge de 24 ans, qui ne lui ont pas laissé de séquelles. Il s'est marié à 29 ans. Il n'a jamais été sujet à l'herpès.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le malade, ordinairement sérieux et fidèle à sa femme, étant de passage à Bé-

ziers, a eu, le 22 mai 1913, des *rappports avec une prostituée*. Trois jours après, le dimanche soir, lors de sa rentrée dans son foyer, il présentait, au niveau de la partie dorsale gauche du sillon balano-préputial, *une petite lésion insignifiante*, de la surface d'une tête d'épingle en laiton, très superficielle, unique, non douloureuse; s'il n'avait eu quelques appréhensions à cause de ses rapports extra-conjugaux, il n'y eût point pris garde.

Craignant d'avoir à entrer dans de trop grandes explications, il eut, ce soir-même, un rapport avec sa femme, après avoir eu soin de lotionner et de vaseliner la lésion.

Durant cinq à six jours, la petite lésion persista dans le même état, puis elle s'étendit jusqu'à la surface actuelle d'une lentille, en s'indurant peu à peu dans sa base.

Comme traitement, il n'y fut fait que des lotions bori-
quées.

Dix à douze jours environ après le coït extra-conjugal, commença à paraître un peu de *gonflement des ganglions de l'aîne gauche*. Ce gonflement a, depuis lors, augmenté peu à peu, donnant la masse actuelle.

ETAT ACTUEL. — 14 juin 1913. — On constate *une lésion du sillon balano-préputial, une adénopathie inguinale volumineuse à gauche, légère à droite*.

Au niveau de la partie dorsale du sillon balano-préputial existe une petite *ulcération* de la surface d'une lentille de moyenne dimension; elle est parfaitement arrondie, mais non étalée; elle est, en effet, constituée par deux versants, l'un sur la couronne du gland, l'autre sur le prépuce; séparées par une fissure, les deux parties se rabattent l'une sur l'autre en se juxtaposant exactement. Il n'y a pas de bords décollés, ni de décollement, ni de soulèvement épidermique.

L'ulcération est très superficielle, ne suppurant pas et reposant sur une *base indurée*. A ne considérer que son aspect objectif, c'est une lésion chancreiforme, rappelant tout à fait un chancre syphilitique de faibles dimensions. Il n'y a pas de lymphite dorsale de la verge.

L'examen microscopique, à l'aide des colorations au bleu de Unna et à l'encre de Chine de Burri-Hetch, ne montre ni *bacilles de Ducrey*, ni *tréponèmes*.

A gauche, du côté correspondant à l'ulcération de la verge, existe une *adénopathie* déjà volumineuse, occupant toute la région inguinale, n'empiétant pas sur la partie moyenne et inférieure du triangle de Scarpa, mais ayant, au contraire, tendance à s'étendre au-dessus du pli inguinal.

La surface de cette adénopathie est irrégulière; les ganglions sont encore durs, mais non isolés; ils sont réunis en une même masse dans une gangue, qui n'est pas toujours nettement limitée à la périphérie. En quelques points, il y a déjà un empâtement confinant au ramollissement. La peau n'est à peu près pas modifiée dans sa coloration; en un point, cependant, il existe une très légère rougeur.

Il semble y avoir un peu d'empâtement profond du côté de la fosse iliaque.

A droite, il existe un ganglion déjà un peu gros et un peu empâté.

Les ganglions ne sont pas douloureux spontanément, mais le deviennent un peu dans la marche, qui est gênée.

Le malade se plaint d'un malaise général avec perte de l'appétit, qu'il attribue au souci que lui cause son affection.

Le diagnostic étant hésitant, il est demandé de visiter la femme légitime du malade.

TRAITEMENT. — On ordonne le repos, le badigeonnage de l'adénopathie gauche à la teinture d'iode étendue au tiers, les lotions du gland à l'eau blanche étendue.

21 juin. — La lésion du gland persiste sans aucune modification, toujours *indurée*, sans que l'ulcération ait creusé en profondeur ou se soit étendue. Il n'y a toujours pas de bords.

A l'examen microscopique, on ne trouve pas de *tréponèmes*.

On fait un examen complet de la femme légitime; on ne retrouve aucun symptôme de syphilis; rien dans l'interrogatoire ne permet de la soupçonner.

Chez le malade, l'*adénite du côté gauche* a augmenté de volume lentement; quelques points se sont successivement empâtés, ramollis, formant trois petits abcès paraissant indépendants les uns des autres. Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires aigus. Au-dessus de l'arcade crurale, par la palpation profonde, on sent nettement un gâteau ganglionnaire.

A droite, le ganglion est resté dans le même état, ayant plutôt une tendance à diminuer.

24 juin. — On fait la ponction des points ramollis avec une grosse aiguille et on inocule au cobaye. On injecte les cavités avec le liquide de Calot.

2 juillet. — L'ulcération de la verge s'est cicatrisée, laissant un petit nodule dur. Les points ponctionnés se sont fistulisés; un nouveau petit point ramolli est apparu (ponction).

18 juillet. — Après anesthésie, on incise largement tous les points ramollis, on curette et on cautérise au chlorure de zinc.

26 août. — *Le cobaye*, qui n'a jamais présenté aucun ganglion, est sacrifié : on ne trouve ni lésions ganglionnaires, ni lésions viscérales.

Le malade, qui a été régulièrement suivi depuis le 14 juin, n'a jamais présenté aucune manifestation cutanée, muqueuse ou générale, pouvant rappeler la syphilis.

Les lésions sont en voie de cicatrisation, mais avec fistules.

OBSERVATION III

(Inédite). — Due à l'obligeance de M. le Docteur FAVRE, médecin des Hôpitaux.

Adénite inguinale subaiguë. Type lymphogranulomatose inguinale subaiguë de MM. Nicolas, Favre et Durand.

X..., 35 ans, vient consulter au sujet d'une adénite inguinale douloureuse et d'ulcérations génitales. Il a eu, il y a sept ans, un chancre, dont il est difficile de préciser la

nature. Le malade se trouvant à ce moment en Amérique du Sud, aucun diagnostic ferme ne fut alors porté. Le malade n'a pas constaté d'accidents secondaires.

Depuis cette époque, il n'a présenté aucune affection génitale.

Il y a un mois environ, cinq à six jours *après un rapport avec une nouvelle maîtresse*, le malade remarqua sur le prépuce une *petite érosion* indolente, très superficielle, à laquelle il n'attacha aucune importance.

Quelques jours plus tard, des *ganglions* apparaissent à l'aîne du côté droit. Ces ganglions ont augmenté peu à peu de volume et sont devenus douloureux. Une nouvelle ulcération préputiale a fait son apparition.

A l'examen du prépuce, on note l'existence de deux lésions ulcéreuses, de caractères identiques. Ce sont des exulcérations superficielles, nullement creusées, non suppurantes et totalement indolores.

Ces deux lésions reposent sur des téguments infiltrés plutôt qu'indurés. Le fond de ces ulcérations est comme tapissé de minuscules saillies papillaires. L'une de ces lésions est de forme lenticulaire et d'une orbicularité parfaite; l'autre est plus irrégulière, sans qu'on puisse cependant parler d'aspect polycyclique. Il existe un suintement assez abondant; pas de sensation prurigineuse au niveau des lésions.

Il n'existe pas de lymphite.

On ne trouve pas trace d'adénite dans la région inguinale gauche.

Par contre, au-dessous du pli inguinal droit, on observe une masse ganglionnaire du volume d'une mandarine. Cette masse est irrégulière, bosselée; en plusieurs points, elle présente des foyers ramollis et fluctuants. Au-dessus du pli inguinal, les téguments sont rouges; on perçoit, sur la surface d'une pièce de deux francs, une fluctuation manifeste.

En arrière de cette masse sus-inguinale, on perçoit, par la palpation profonde, *des ganglions situés le long des vaisseaux iliaques externes*.

Cette adénopathie, bien qu'elle gêne la marche, est relativement peu douloureuse; on est frappé de la facilité avec laquelle on peut l'explorer et déprimer les téguments pour explorer la fosse iliaque interne.

L'état général semble touché; les téguments ont une teinte pâle; le malade dit ressentir quelques frissons.

L'examen microscopique a montré qu'il n'existait, au niveau des ulcérations génitales, ni *tréponèmes*, ni *bacilles de Ducrey*.

Le diagnostic de lymphogranulomatose inguinal est porté.

Les lésions, qui durent depuis quatre semaines, ne ressemblent ni au chancre syphilitique, ni au chancre mou, ni à l'herpès.

L'aspect de l'adénopathie sus-inguinale, sa consistance, ses foyers localisés de ramollissement, sa relative indolence, sont autant de caractères de la lymphogranulomatose inguinale.

Le point de départ génital de l'adénite est ici indiscutable de par l'antériorité des lésions génitales et par l'absence de toute autre lésion susceptible d'expliquer l'inflammation ganglionnaire.

Le caractère contagieux peut être soupçonné, de ce fait que c'est à l'occasion d'un coït avec une femme inconnue que le malade a contracté, après huit jours d'incubation, les lésions génitales décrites.

Toutefois, cette observation, si elle permet de soupçonner le caractère contagieux du granulome inguinal, ne saurait permettre de l'affirmer.

Nous n'avons pu faire l'examen des ganglions, ni même du pus de cette adénite, dont le diagnostic clinique nous a paru toutefois indiscutable.

Il ne nous a pas été possible de faire de confrontation.

Pour terminer, disons que le malade a été traité par la radiothérapie. Après quelques séances, la masse ganglionnaire avait diminué d'un tiers et, les quelques phénomènes douloureux de début avaient disparu.

Nous n'avons pas craint de faire précéder nos observations d'un exposé sommaire des notions que MM. Nicolas, Favre et Durand, ainsi que leur élève Gâté, nous ont données sur la lymphogranulomatose subaiguë.

Par le fait même de la comparaison de nos observations avec la description de la maladie qui les précède, il est facile de comprendre quelle est leur valeur.

Il est possible de voir les points que nos observations mettent bien en lumière et, d'autre part, ceux qui n'ont pu être étudiés.

La simple lecture de nos trois observations précise bien les caractères mêmes de la maladie, et confirme en tous points la définition donnée par les auteurs lyonnais.

L'allure clinique, l'évolution de la maladie s'y retrouvent à peu près parfaitement. Dans nos trois observations les résultats bactériologiques et anatomo-pathologiques font en partie défaut et, comme c'est de ces résultats que résulte le critérium véritable de la maladie, il n'est pas scientifiquement possible d'affirmer qu'il s'agit de cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Cependant, l'allure clinique, l'étiologie, l'évolution même de l'affection nous permettent bien de penser qu'il s'agit bien là de cas de lymphogranulomatose.

D'ailleurs, en dehors des caractères cliniques, nous possédons des résultats bactériologiques et expérimentaux qui existent à des degrés variés dans nos trois observations.

Dans l'observation I, nous possédons, en particulier, l'examen microscopique des lésions génitales, qui n'a montré ni le bacille de Ducrey, ni le spirochète; l'exa-

men direct du pus de l'adénite a été fait et a amené des résultats négatifs.

L'inoculation du pus au cobaye a été pratiquée sans résultats. Il manque l'examen des ganglions.

Dans l'observation II, nous possédons l'examen microscopique des lésions génitales et l'inoculation au cobaye.

Dans l'observation III, nous possédons l'examen microscopique des ulcérations génitales. L'examen du pus de l'adénite, l'inoculation au cobaye manquent.

Il n'est pas nécessaire d'avoir tous les symptômes pour affirmer l'existence d'une maladie; aussi, malgré l'absence de certains résultats, nous pensons qu'il s'agit bien de cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Il ne s'agit pas de *tumeurs du triangle de Scarpa* (lipomes, fibromes, anévrysmes, hernie abdominale) que leurs caractères propres, leur siège et leur allure nous permettent d'éliminer facilement.

Il ne s'agit pas d'*adénite filarienne* des pays chauds, indolente, réductible, siégeant au milieu du triangle de Scarpa.

Il ne s'agit pas d'un *adénite blennorragique*, car, dans nos trois cas, il n'y avait pas coïncidence avec un écoulement urétral quelconque.

Il ne s'agit pas d'une *adénite chancrelleuse* avec chancre mou; celle-ci a, d'ailleurs, une évolution plus rapide, elle aboutit plus vite à la suppuration. D'ailleurs, les ulcérations signalées au niveau des régions génitales n'en avaient pas le type clinique. Dans les trois cas, l'examen microscopique pratiqué au niveau des ulcérations génitales n'a pas montré de bacille de Ducrey.

Il ne s'agit pas de l'*adénopathie syphilitique* d'un acci-

dent primaire; la micropolyadénite indolente si caractéristique ne se rencontre pas dans nos observations. L'examen microscopique des ulcérations génitales n'a pas montré de tréponème. L'aspect clinique, à part dans l'observation II, où la lésion génitale rappelait un petit chancre induré, n'est pas celui du chancre syphilitique. D'autre part, au point de vue syphilis, ces malades ont subi une surveillance prolongée, qui n'a montré aucun accident de cette nature.

Il ne s'agit pas d'*adénite chronique simple*; celle-ci succède à une porte d'entrée au niveau des téguments correspondants et a une évolution plus lente.

Il ne s'agit pas d'*adénite tuberculeuse*, car rien dans les antécédents des malades ou dans l'examen complet de leur organisme ne peut y faire songer. L'inoculation au cobaye du pus de l'adénite, dans les deux cas relatés par M. le docteur Moutot, a été négative.

Si le diagnostic avait pu être hésitant à la période du début de la maladie, l'évolution vient nous apporter d'utiles renseignements, le diagnostic devenant plus facile à la période d'état.

Une *adénite chronique* n'aurait pas suppuré et ne serait pas fistulisée en quelques semaines.

Une *adénite tuberculeuse* aurait évolué plus lentement; d'ailleurs, dans les deux cas signalés par M. le docteur Moutot, l'inoculation faite à des cobayes, du pus des adénites ne les a pas tuberculisés.

Dans nos trois observations, les ganglions avaient une topographie bien particulière et il en existait plusieurs simultanément enflammés.

Il est un élément de diagnostic très important, et se

trouvant bien mis en lumière par nos observations, nous voulons parler de l'accident local; celui-ci est nettement situé au niveau de la *région génitale*; il n'existe aucune lésion aux membres inférieurs pouvant expliquer l'adénite.

L'accident local précédant l'apparition des adénites est constitué par des lésions d'aspect différent.

Dans les observations I et III, les lésions génitales sont d'aspect herpétiforme. On peut, toutefois, affirmer qu'il ne s'agit pas d'ulcérations herpétiques.

Bien que dans l'observation I, en particulier, il existe plusieurs accidents locaux, ceux-ci ne sont pas très nombreux et n'affectent ni dans ce cas, ni dans les deux autres observations le groupement bien particulier aux éléments de l'herpès, toujours voisins les uns des autres et constituant une éruption d'aspect micro-polycyclique bien caractéristique. Les malades dont il s'agit n'ont jamais eu de poussées d'herpès. De plus, la douleur et le prurit étaient insignifiants au niveau des lésions.

L'accident local n'était donc pas constitué par de l'*herpès*.

Dans l'observation II, la lésion génitale ne présentait pas le même aspect; la lésion avait la surface d'une lentille et était *indurée* à sa base; elle rappelait tout à fait un chancre syphilitique de faibles dimensions.

Cette lésion génitale, qui existait au début de l'affection, était indolente, et nous avons l'impression assez nette qu'elle aurait pu passer inaperçue.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette lésion primitive, parfois peu marquée, non douloureuse, n'ait pas toujours pu être observée. Quand le malade vient con-

suller, surtout à cause de l'adénopathie, il pourrait se faire que la lésion primitive ait disparu.

C'est donc *cette lésion génitale* qu'il faudra toujours rechercher avec le plus grand soin, chaque fois que l'on se trouvera en présence d'adénites inguinales et, de ce fait, sera éclairé le groupe des adénopathies inguinales de cause inconnue.

Dans l'observation I, c'est une quinzaine de jours après un coït suspect que le malade s'aperçoit de la lésion génitale; mais il n'en faut pas conclure à une période d'incubation de quinze jours, car il est à peu près certain que le jour où le malade s'aperçut des lésions, celles-ci existaient depuis un temps variable et étaient restées ignorées, parce que le malade ne passait pas, en somme, une visite bien fréquente de sa région génitale.

Dans l'observation II, c'est trois jours après le coït que le malade inquiet s'aperçoit des lésions.

Dans l'observation III, l'incubation semble avoir été de cinq à six jours.

L'adénopathie inguinale est survenue : dans l'observation I, sept jours après la constatation par le malade des lésions génitales, vingt-deux à vingt-trois jours après le coït suspect; dans l'observation II, huit jours après l'apparition des lésions génitales, dix à douze jours après le coït extra-conjugal; dans l'observation III, cinq à six jours après l'apparition des lésions génitales, dix à douze jours après le coït suspect.

MM. Nicolas, Favre et Durand s'étaient demandé si cette affection à *point de départ génital* ne pourrait pas être *d'origine vénérienne* et si le coït ne constituait pas la voie de la contagion. Ils avaient suivi un cas particu-

lièrement intéressant dans lequel il s'agissait d'une femme porteur d'une adénopathie du type que nous étudions et dont l'amant, un sous-officier, était soigné à l'hôpital militaire pour une affection analogue à celle de sa maîtresse.

Il est intéressant de rapprocher nos trois observations de la leur.

Dans les trois cas que nous rapportons, c'est bien à la suite de rapports avec des femmes inconnues que la maladie a fait son apparition.

Il est regrettable qu'il n'ait pas été possible de faire de confrontation; cependant d'après nos trois observations il semble bien qu'il y ait plus qu'une simple coïncidence et qu'on puisse soupçonner, avec MM. Nicolas, Favre et Durand, la possibilité de l'origine vénérienne de la maladie qui semble due à la contagion à la suite de rapports sexuels.

Dans deux cas, la *radiothérapie*, employée comme moyen thérapeutique, a donné des résultats satisfaisants. C'est là une particularité intéressante de nos observations et qui ne peut qu'engager à continuer dans cette voie.

Les indications de l'exérèse, dont M. le docteur Durand nous a donné une technique, pourraient peut-être voir, de ce fait, leur nombre diminuer.

En résumé, les trois observations que nous avons rapportées sont très nettes au point de vue clinique; elles se superposent bien à la définition que MM. Nicolas, Favre et Durand ont donné de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë et que nous avons, à dessein, voulu rappeler avant de relater nos observations.

Bien que très intéressantes à tous les points de vue,

c'est surtout au sujet de l'*étiologie* qu'elles nous ont apporté d'utiles enseignements.

Elles tendent à confirmer les hypothèses émises par les auteurs lyonnais :

1° *Probabilité de l'origine génitale de l'affection;*

2° *Possibilité de sa nature vénérienne.*

De plus, elles nous apportent les résultats obtenus à l'aide d'une méthode nouvelle : la *radiothérapie*, pratiquée dans deux cas, semble avoir donné d'excellents résultats, qui ne peuvent qu'engager dans la voie de cette méthode thérapeutique.

CONCLUSIONS

Au milieu du groupe des adénites de l'aîne, il existe un type clinique bien spécial, que MM. Nicolas, Favre et Durand ont décrit sous le nom de « lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires d'origine génitale probable, peut-être vénérienne ».

Il semble spécial à l'âge adulte, plus fréquent chez l'homme que chez la femme, survenant plus volontiers chez des sujets peu soucieux de leur hygiène corporelle.

En dehors de l'évolution clinique très particulière, adénite subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires multiples, successifs, le critérium en est une formule histologique spéciale avec résultats négatifs, jusqu'ici tout au moins, de toutes les recherches bactériologiques, culturelles et expérimentales.

L'existence au début d'une *lésion génitale* herpétiforme, souvent très éphémère, amène ces auteurs à l'hypothèse d'une *origine génitale probable, peut-être vénérienne*.

A l'appui de cette opinion, nous apportons trois observations; si on peut objecter que l'examen anatomo-pathologique manque pour permettre d'affirmer l'identité de ces trois cas avec ceux précédemment décrits par MM. Nicolas, Favre et Durand, il faut convenir qu'aucun caractère clinique ne les en différencie et qu'aucune recherche bactériologique ou expérimentale ne permet de les rap-

procher des adénites inguinales connues. Ils méritent donc d'être décrits comme observations de lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires.

L'intérêt de ces trois cas est avant tout *étiologique* : dans les trois cas, on trouve, après une incubation variable de trois à quinze jours, une *porte d'entrée génitale* sous forme de lésion herpétoïde ou chancriforme; dans les trois cas, les lésions sont apparues dans des conditions bien spéciales, à la suite d'un *coût d'aventure isolé*. La confrontation n'a pu, malheureusement, être faite.

Dans deux cas, la *radiothérapie* a été employée; elle s'est montrée efficace.

Sans tirer de conclusions formelles, nous dirons qu'il sera intéressant d'étudier quels sont les résultats que l'on peut attendre de cette méthode, à côté de l'*exérèse* qui constitue d'ailleurs un traitement de choix.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. NICOLAS.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 novembre 1913.

LE RECTEUR,

Pour Le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAULT J. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et subaiguë. *Lyon Médical*, mars 1894.
- Bubons froids d'origine banale. *Lyon Médical*, 1895, t. II, pp. 103-106.
- Adénites inguino-crurales subaiguës d'origine infectieuse banale. *Semaine Médicale*, 1896, p. 391.
- Pseudo-éléphantiasis de la verge consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1897, p. 215.
- Les infections lentes et atténuées. *Archives générales de Médecine*, 1899.
- Les bubons dits climatériques. *Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 1111.
- CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, 1859, pp. 354-355.
- CHAVANNE. — Les adénites subaiguës de l'aîne. *Thèse de Lyon*, 1902.
- DUGAS. — Du traitement des adénites inguinales inflammatoires par l'extirpation. *Thèse de Montpellier*, 1909.
- DURAND, J. NICOLAS et M. FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 31 janvier 1913). *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 février 1913. *Province Médicale*, 8 février 1913.
- Lymphogranulomatose localisée de l'aîne. *Société de Chirurgie de Lyon* (séance du 20 février 1913). *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mai 1913.
- GATÉ J. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Thèse de Lyon*, 1913.
- LEJARS. — Article « Adénite subaiguë et chronique simple ». In *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, 1897, t. I.

- L'HARDY. — De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires. *Thèse de Paris*, 1895.
- MARION G. et GANDY Ch. — L'adénite subaiguë de l'aine. *Archives générales de Médecine*, 1901.
- NÉLATON. — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intra-ganglionnaires. Clinique chirurgicale. *Semaine Médicale*, 1890, p. 402.
- PIGEON et TANTON. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénite inguinale. *Archives générales de Médecine*, 1908.
- VELPEAU. — Article « Adénites ». In *Dictionnaire de Dechambre*, 1865.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION ET HISTORIQUE	9
Symptomatologie	12
Etiologie	13
Etude expérimentale	13
Pathogénie	14
Anatomie pathologique	14
Diagnostic	15
Traitement	16
Observations	17
CONCLUSIONS	35
BIBLIOGRAPHIE	37
